

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定（再交付）申請書

記号・番号	和 国	(枝番)	申請日	令和	年	月	日
申請人 (世帯主)	住 所				個人番号		
	氏 名				生年月日	昭・平	年 月 日
対象者	氏 名	□同上			生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号						
来庁者	氏 名	□同上			電話番号		
	続 柄	□世帯主 □同一世帯員 □代理人(続柄)					

長期入院減額申請 (申請日の前1年間の減額対象入院日数が90日を超える方のみ申請)

申請日	令和	年	月	日	既交付済減額認定証番号 (No. _____)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から
	入院した保険医療機関等	令和	年	月	日	までの計 _____ 日間
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から
	入院した保険医療機関等	令和	年	月	日	までの計 _____ 日間
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和	年	月	日	から
	入院した保険医療機関等	令和	年	月	日	までの計 _____ 日間

非課税証明欄 (他市からの転入等で本市で非課税が証明できない場合、下欄の証明が必要です)

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に _____ 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____ _____、 _____、 _____ 市区町村名 _____ 印
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

上記のとおり申請いたします。

和泉市長あて

最新課税区分	世帯状況 ※給開も注意	世帯保険料	第三者行為 〈開取り〉	診療区分 〈開取り〉	入院・領収月 〈開取り〉
<input type="checkbox"/> 一人でも未 <input type="checkbox"/> 全員blank <input type="checkbox"/> 所得照会 <input type="checkbox"/> 低Ⅱでblankがある <input type="checkbox"/> 低Ⅰで18歳以下のblankがある <input type="checkbox"/> 18歳以下世帯主のblankがある <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 国保資格有り <input type="checkbox"/> 当月異動有りかつ給開が取得日と異なる(発行期日注意!!) <input type="checkbox"/> 限度額申請日と届出日が同月の異動がある(区分変更) <input type="checkbox"/> 年度中(~7月末)に70歳到達する	<input type="checkbox"/> 完 <input type="checkbox"/> 滞あり (担当 _____) <input type="checkbox"/> 課税台帳 扶養照会確認	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院(90日以下) <input type="checkbox"/> 入院(90日超) ※非課税長期注意 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 当月かつ未領収 <input type="checkbox"/> 前月以前or領収済 (HP等へ要開取り) <input type="checkbox"/> 7月事前申請 (基準日・ログオフ注意)
【確認書類】 <input type="checkbox"/> 対象者(□保険証□運転免許証□旅券□マイナンバーカード□その他(_____)) <input type="checkbox"/> 来庁者(□保険証□運転免許証□旅券□マイナンバーカード□その他(_____))				受付者(_____)	

※ **ゴシック太文字** にチェックをした場合、発行前に確認すること。